

Aus der Frauenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K.-G. Ober

Ergebnisse beim Vulvakarzinom 1970 – 1976

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Helmut Fickentscher
aus Marktredwitz

1980 # 61

Aus der Frauenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K.-G. Ober

Ergebnisse beim Vulvakarzinom 1970 – 1976

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Helmut Fickentscher
aus Marktredwitz

Gedruckt

mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten
Referent: Prof. Dr. G. Kindermann
Korreferent: Prof. Dr. K. G. Ober

Tag der mündlichen Prüfung: 21.01.1980

I N H A L T

	Seite
I. Einleitung	1
II. Krankengut	1
1. Alter der Patientinnen	2
2. Geburten	3
3. Lokalisation nach dem Hauptort des Tumors	3
4. Histologie	4
5. Krankheitssymptom	4
6. Verschleppungszeiten	5
7. Gruppen- und Stadieneinteilung	6
8. Histologische Ausbreitung	8
9. Die therapeutischen Maßnahmen an unserer Klinik	9
10. Bestrahlungsmethoden	10
11. Therapiefolgen	11
12. Behandlungsergebnisse	12
III. Diskussion	13
Zusammenfassung	20
Tabellen	
Literatur	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. Einleitung

Diese Untersuchungen sind die Fortsetzung der Arbeit "Beobachtungen und Ergebnisse" beim Vulva- und Vaginalkarzinom 1960 - 1969 von Wolfgang Ratfisch. Diese Arbeit bezieht sich allerdings ausschließlich auf die Ergebnisse der Behandlungen von Vulvakarzinomen an der Erlanger Frauenklinik.

Da diese Untersuchungen im Jahre 1977 stattfanden, konnte nur für die Jahre 1970 - 1972 die 5-Jahresüberlebensziffer ermittelt werden. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich allerdings bis 31.12.1976, so daß zusätzlich eine 4 - 1 Jahresüberlebenszahl gebracht wird.

II Krankengut

Vom 1.01.1970 - 31.12.1976 wurden insgesamt 68 Patientinnen mit einem primären Vulvakarzinom in die Klinik aufgenommen und behandelt. Die gleiche Anzahl wird in den Dissertationen von Friedrich 1952 - 1962 und Ratfisch 1960 - 1969 angegeben. In Relation zum Untersuchungszentrum ist das eine Steigerung der Patientenzahl um 57 % seit Friedrich's Untersuchungen.

II. 1. Alter der Patientinnen

61 = 89,7 % aller Frauen waren über 60 Jahre, davon noch 36 = 53 % über 70 Jahre alt. Hervorzuheben ist, daß nur 2 Patientinnen unter 50 Jahre alt waren; die Jüngste war erst 32 Jahre alt. Es ist also festzustellen, daß das Vulvakarzinom fast ausschließlich ältere Frauen befällt und bei jüngeren Frauen nur die Ausnahmen darstellen. Das Durchschnittsalter betrug 69,9 Jahre. Damit stieg es gegenüber den Untersuchungen von Ratfisch 1960 - 1969 um 3,2 Jahre und denen gegenüber von Friedrich 1952 - 1962 um 6,7 Jahre.

Jahre	Anzahl (%)
unter 40	1 = 1,5 %
40 bis 49	1 = 1,5 %
50 bis 59	5 = 7 %
60 bis 69	25 = 37 %
70 und mehr	36 = 53 %

II. 2. Geburten

10 der insgesamt 68 Patientinnen hatten keine Kinder. 17 Frauen hatten einmal, 22 zweimal, 18 dreimal und mehr geboren. Eine Frau bekam Zwillinge.

Geburten	Anzahl (%)
keine	10 = 14,6 %
1	17 = 25 %
2	22 = 32,4 %
3 und mehr	18 = 26,5 %
Zwillinge	1 = 1,5 %

II. 3. Lokalisation nach dem Hauptort des Tumors

Bei 22 Frauen saß der Primärtumor an den großen, bei 16 Frauen an den kleinen Labien. In 15 Fällen war die Klitoris befallen und in 4 Fällen die hintere Kommissur. Bei 11 Patientinnen hatte das Karzinom sich schon über eine größere Fläche ausgebreitet: über die gesamte linke oder rechte Seite der Vulva, oder es hatte schon auf die Vagina oder auf den Damm übergreifen.

Klitoris	15 = 22 %
große Labien	22 = 32,4 %
kleine Labien	16 = 23,5 %
hintere Kommissur	4 = 5,9 %
Sonstiges	11 = 16,2 %

II. 4. Histologie

Bei allen 65 histologisch untersuchten Fällen lag ein Plattenepithelkarzinom vor. Davon wurden 5 Basalzellkarzinome und 1 Erythroplasiekarzinom differenziert.

Bei 3 Patientinnen erfolgte keine histologische Sicherung. Allerdings war hier die Diagnose eindeutig, was auch der weitere Verlauf dieser Krankheit bewies. Es bestand kein Zweifel an der Malignität. Die 3 Frauen starben innerhalb eines Jahres.

II. 5. Krankheitssymptome

Am häufigsten waren Jucken und Brennen beobachtet worden. Man fand auch Entzündungen, Fluor, Schwellungen und Knoten vor. In einigen Fällen ging der Tumor einher mit dem Krankheitsbild

einer Kraurosis vulvae. Einige Frauen klagten über Schmerzen im Unterleib.

Die Krankheitssymptome decken sich mit den früheren Beobachtungen an unserer Klinik (Maurer und Rieden, Friedrich, Ratfisch).

II. 6. Verschleppungszeiten (Tab. 1)

Ratfisch kam auf Verschleppungszeiten der Patientinnen von 13,2 Monaten und der Ärzte von 4,4 Monaten im Durchschnitt. Durchschnittswerte sind in diesem Falle sehr trügerisch. Nach Tab. 1 haben bei 57 verwertbaren Angaben 8 Frauen von sich aus ihre Krankheit mehr als 12 Monate verschleppt: dreimal 2 Jahre, 2 - 3 Jahre, 3 Jahre, 5 Jahre, 5 - 7 Jahre und sogar 20 Jahre. 27 Frauen gingen sofort in den ersten drei Monaten zum Arzt, 10 nach 3 - 6 Monaten, je 6 nach 6 - 9 und 9 - 12 Monaten. Bei Vergleichen mit den früheren Arbeiten kann man somit den Schluß ziehen, daß die Zeitspanne vom Auftreten der Erstsymptome bis zum Aufsuchen des Arztes trotz einiger gravierender Verschleppungen insgesamt wesentlich kürzer geworden ist.

Die Aufklärung der Bevölkerung durch sämtliche Massenmedien, besonders hinsichtlich der Krebserkrankungen, spielt hier sicher die wesentliche Rolle. Auch bringt die Angst vor dieser Erkrankung,

da man die Gefahr jetzt kennt, die Leute viel eher zum Arzt als früher, als die Symptome und die Folgen des Krebses nur die wenigsten kannten. Aufgrund der unspezifischen Symptome und des zumeist relativ hohen Alters der Patientinnen sind die Verschleppungszeiten bei diesem Karzinom aber noch besonders hoch.

Besonders die Verschleppungszeiten vom Arzt sind mit Vorbehalt zu betrachten, da sich manchmal Patientinnen mit Frühsymptomen nach der ersten vorläufigen Diagnosestellung der weiteren Behandlung bzw. Kontrolluntersuchung entzogen. Nach 50 verwertbaren Angaben wurden 34 Frauen vom Arzt sofort eingewiesen, 8 zwischen dem dritten bis sechsten Monat, eine zwischen dem 6. - 9. Monat und zwei zwischen dem 9. - 12. Monat nach dem ersten Arztbesuch. Bei 4 Frauen lag eine Verschleppung vom Arzt her zwischen 2 und 3 Jahren vor.

Im Vergleich mit früheren Angaben dürften sich hier die Verschleppungszeiten ebenfalls etwas, wenn auch nur geringfügig verkürzt haben.

II. 7. Gruppen- und Stadieneinteilung: (Tab. 2)

Zum Vergleich zu früheren Arbeiten wurde auch hier für diese Arbeit die schon in früheren Veröffentlichungen verwandte

Übersicht nach BERVEN übernommen (vgl. Friedrich, Ratfisch).

Sie bezieht sich in ihren Gruppen auf die klinische Ausdehnung des Primärtumors und in den Stadien auf die Art der Metastasierung.

Gruppe 1: Es liegt ein kleiner, nicht ulcerierter, einseitig lokalisierter oder auf die Klitoris bzw. hintere Kommissur beschränkter Tumor vor.

Gruppe 2: Der Tumor hat zwar die gleiche Größenausdehnung wie bei Gruppe 1, ist aber bereits exulceriert.

Gruppe 3: Der Tumor hat bei gleichzeitiger Ulceration größere Partien der Vulva befallen.

Gruppe 4: Es liegt eine breite und ausgedehnte Infiltration der Umgebung des Dammes, der Scheide, der Urethra oder der Fossa genitofemoralis vor

Stadium a: Man findet keine klinisch feststellbaren Metastasen in den Inguinaldrüsen.

Stadium b: Es liegen gut operable Drüsenmetastasen in der Inguinalgegend vor.

Stadium c: Es sind mit der Umgebung fest verbackene, nicht mehr operable krebsbefallene Drüsen der Regio inguinalis vorhanden, oder es liegen Fernmetastasen vor.

48,5 % (33/68) der Patientinnen hatten klinisch Lymphknotenmetastasen in der Inguinalgegend.

II. 8. Histologische Ausbreitung

In der Klinik wurden insgesamt 41 Patientinnen operiert. Davon wurden bei 28 Frauen die Vulvektomie und Lymphonodektomie bzw. die radikale Vulvektomie, beides mit oder ohne anschließende Bestrahlung durchgeführt. Nur bei diesen 28 Frauen konnte die histologische Ausbreitung gesichert werden. Bei immerhin 15 Frauen waren die Lymphknoten noch frei, was für die Früherkennung und -behandlung spricht. Bei 12 Patientinnen waren die Lymphknoten einseitig, bei einer Frau beidseitig befallen.

histologisch freie Lymphknoten 15 = 53,6 %

histologisch befallene Lymphknoten	einseitig	12 = 42,8 %
	doppelseitig	1 = 3,6 %
	zusammen	28 = 100 %

II. 9. Die therapeutischen Maßnahmen an unserer Klinik: (Tab. 3)

1970 - 1976 wurden an der Klinik von 68 Patientinnen 41 = 60,3 % operiert. Davon erhielten 13 eine Nachbehandlung durch Bestrahlung mit Telekobalt. Die übrigen 28 wurden nur operiert. 22 Frauen wurden nur bestrahlt. Bei 5 Frauen war keine Therapie mehr möglich.

1945 - 1962 wurden nur 39 % der Patientinnen operiert, während es von 1963 - 1969 schon 60 % waren. Folglich hat sich die Relation Operation - primäre Strahlentherapie im Zeitraum 1970 - 1976 nicht verändert.

	1960 - 1969 von 68 Pat.	1970 - 1976 von 68 Pat.
Operation	16	28
Operation und Strahlentherapie	25	13
primäre Strahlentherapie	27	22

Allerdings kann man feststellen, daß das Verhältnis Operation zu Operation und Strahlentherapie sich annähernd umgekehrt hat.

Folgende Operationsarten kommen zur Anwendung:

Vulvektomie, Vulvektomie + Lymphonodektomie. Außerdem entschloß man sich in 6 Fällen zu einer radikalen Operation, der radikalen Vulvektomie. Im Gegensatz zu früher wurde hier das Operationsfeld noch erweitert, um durch größere Radikalität die Möglichkeiten von Rezidivbildung bzw. Metastasierung zu vermindern.

Man kann sehen, daß sich seit 1952 die Operationsausdehnung verändert hat. Bis 1962 hatte man von einer Ausräumung der Inguinaldrüsen noch generell Abstand genommen, während von 1963 - 1969 immerhin 10 mal die Vulvektomie und Lymphonodektomie angewandt wurde.

Von 1970 - 1976 wurde diese Operationsmethode bei 25 Frauen angewandt. Hinzu kommen die schon erwähnten 6 Fälle der radikalen Vulvektomie.

II. 10. Bestrahlungsmethoden: (Tab. 4 a + 4 b)

Es kam mit 2 Ausnahmen (Röntgenbestrahlung, Radium-Röntgenbestrahlung) nur noch eine Bestrahlungsmethode zur Anwendung: die fraktionierte Telekobaltbestrahlung in einer, meist aber in mindestens zwei Serien.

Wie aus Tab. 4 a ersichtlich ist, wurde bei 26 der 35 bestrahlten Patientinnen die Vulva und die Leisten bestrahlt. Die Einzeldosen

lagen dabei zwischen 200 ROD und 300 ROD. Höhere Dosen gab es nur bei Kurzzeitbestrahlung in 2 Fällen.

Erstaunlich unterschiedlich war die Abgabe der Maximaldosen bei der Telekobaltbestrahlung, so daß man keine generelle Richtlinie erkennen kann (Tab. 4 b). Die Dosis wurde jeweils nach dem speziellen Fall appliziert.

II. 11. Therapiefolgen

Bei 38 = 55,9 % Frauen gab es mehr oder weniger schwere Nebenreaktionen.

In 12 Fällen gab es Indurationen in der Leistengegend. Bei 6 operierten Frauen traten Schwellungen oder Ödeme auf. 20 Patientinnen hatten Nachwirkungen der Strahlenbehandlung; davon waren bei der Hälfte nur leichte Reaktionen wie Bräunung, leichte Rötung und Schuppen festzustellen, während bei 9 Frauen Ulcera, Fisteln und Ödeme, bei einer Frau sogar Symphysenosteomyelitis auftraten.

Nebenreaktionen		Anzahl (%)
nach Operation		6 = 8,8 %
durch	leicht	10 = 14,6 %
Bestrahlung	schwer	10 = 14,6 %
Indurationen		12 = 17,6 %
zusammen		38 = 55,9 %

II. 12. Behandlungsergebnisse (Tab. 5 a + 5 b, 6 a + 6 b)

Die absoluten Gesamtergebnisse des ganzen Berichtszeitraumes geben die Tabellen 5 a + 5 b und 6 a + 6 b wieder.

In den Tabellen 5 a + 5 b sind die Überlebensziffern in Beziehung zu den jeweiligen Behandlungsmethoden gesetzt.

Von 68 Frauen wurden 29 in den Jahren 1970 - 1972 in unserer Klinik behandelt. Von diesen 29 haben 12 (= 41,4 %) Frauen mindestens 5 Jahre überlebt. Von den im Zeitraum 1973 - 1976 behandelten Frauen (39) leben jetzt noch 19 = 48,7 %, und zwar 2 seit bereits 4 Jahren, 6 seit 3 Jahren, 7 seit 2 Jahren und 4 seit 1 Jahr.

Von den 68 Patientinnen starben 32 = 47 %. Dabei trat der Tod bei 28 = 41,2 % bereits im ersten Jahr ein. Nur noch 2 starben im 2. Jahr und je eine im 3. und 4. Jahr an den Folgen des Tumors.

In den Tabellen 6 a und 6 b sind die Überlebensziffern in Beziehung zu den Ausbreitungsstadien nach BERVEN gesetzt. Von den 12 Frauen, die 5 Jahre überlebt haben, hatten 7 ein Karzinom der Gruppe I, je 2 der Gruppen II + III, und eines der Gruppe IV, und bei allen meist im Stadium a. Ebenso ist es bei den 19 Frauen, die erst maximal 4 Jahre gesund sind. Das Ausbreitungsstadium des Tumors lag bei ihnen vor allem in den Gruppen I (8) und II (5) und besonders im Stadium a (13).

Umgekehrt verhält es sich bei den 28 Frauen, die im 1. Jahr am Tumor starben. Hier befand sich das Karzinom 4 mal in der Gruppe II, 18 mal in der Gruppe III und 6 mal in der Gruppe IV. Bei 5 Frauen war diese Erkrankung nicht die Todesursache. Insgesamt traten 10 Rezidive auf.

III. Diskussion

Die meisten Patientinnen hatten ein Karzinom der Gruppe III (25), gefolgt von Gruppe I (19), Gruppe II (15) und Gruppe IV (10). Davon waren die meisten im Stadium a (35), dann b (22) und c (11). (nach BERVEN)

Erwartungsgemäß wurden die besten Ergebnisse in der Gruppe I, und davon vor allem im Stadium a und b und IIa erzielt, wo der Tumor noch am kleinsten war. Einige wenige Erfolge kann man auch bei IIb, IIIa und IV a und IVb feststellen. Trotzdem schlugen die 9 Sterbefälle infolge des Tumors (im 1. Jahr in den Gruppen IIb und IIIa) recht negativ zu Buche. Völlig aussichtslos ist die Lage in allen Stadien c und in IIb, wo keinerlei Heilungserfolg erzielt wurde. Der Erfolg bzw. Mißerfolg ist auch fast immer in relativ kurzer Zeit absehbar, denn die Statistik zeigt, daß von den 32 am Tumor Verstorbenen 28 bereits im ersten Jahr verschieden.

Danach kann man auch den Erfolg der Therapien beurteilen, denn es wurde meistens je nach Ausdehnung des Tumors die jeweils gleiche Therapie angewandt.

So wurden die Tumoren der Gruppe I fast alle nur operiert, was dann den sehr guten Erfolg gebracht hat, während die schwereren Fälle operiert und bestrahlt oder nur bestrahlt wurden. So ist auch die große Mißerfolgsquote in der primären Strahlentherapie zu verstehen, da hiermit alle nicht mehr operablen Frauen behandelt wurden und die Erfolgsaussichten von vornherein sehr gering waren.

Bei der Therapie der Gruppe II, der Operation und der anschließenden Strahlentherapie mit Telekobalt konnten immerhin von 13 Frauen 6 geheilt werden.

Bei Rezidiven ist die Prognose von vornherein sehr ungünstig, da das Karzinom meist schon metastasiert ist und sogar Nachbarorgane angegriffen hat. Deshalb war hier meist kein Heilungserfolg zu erwarten.

Vergleich mit früheren Ergebnissen an der Erlanger Universitäts- Frauenklinik

Schneider beschrieb eine Gruppe von 113 Vulvakarzinomen zwischen 1937 und 1947, bei denen die 5-Jahresüberlebensziffer 18 % betrug,

während Maurer und Rieden 1945 - 1951 auf 30 % kamen.

Friedrich erreichte von 1952 - 1962 eine 5-Jahresüberlebenszahl von 35 %, Ratfisch von 1960 - 1969 43 %.

Das zeigt, daß in den letzten 7 Jahren keine besseren Behandlungsergebnisse erzielt werden konnten als in den 10 vorausgegangenen Jahren. Darauf deutet auch die Überlebenszahl der 1973 - 1976 behandelten Frauen von 48,7 % hin, die sich später als 5-Jahresüberlebensziffer auf etwa den gleichen Wert wie bei Ratfisch einstellen dürfte. Das liegt vor allem daran, daß die klinische Ausbreitung des Karzinoms in den Gruppen und Stadien prozentuell etwa die gleiche Verteilung hat. Das zeigt aber auch, daß die therapeutischen Maßnahmen von 1970 - 1976 an unserer Klinik keine Verbesserungen im Heilungserfolg erzielt haben, obwohl sich das Verhältnis der Anzahl der reinen Operationen zu den Operationen mit anschließender Strahlentherapie nahezu umgekehrt hat. Man kann weiterhin folgern, daß im Heilungserfolg die Telekobaltbestrahlung die konventionelle Röntgenbestrahlung nicht übertrifft. Ihr Vorteil liegt allerdings an der besseren Verträglichkeit und den geringeren Nebenwirkungen, wodurch höhere Dosen appliziert werden können.

Vergleich mit Ergebnissen der Literatur

Allgemein kann man feststellen, daß das Vulvakarzinom vor allem bei Frauen zwischen dem 60. und 90. Lebensjahr auftritt.

Zunächst einmal fällt besonders auf, daß es bis jetzt keine absolute Therapie für das Vulvakarzinom gibt. So zieht Weghaupt in Wien die Elektroresektion des Primärtumors weit im Gesunden, Elektrokoagulation des Wundbetts, eventuelle Ausräumung der inguinalen Lymphfelder und anschließender Telekobaltbestrahlung (5 000 bis 6 000 ROD) der Ilioinguinalregion vor. Der Vorteil dieser Behandlung liege darin, daß die Operation in der Regel auch von alten, geschwächten Patientinnen gut vertragen werden. Außerdem hätten die Frauen durch die Koagulation der Hautnerven postoperativ kaum Schmerzen.

Weghaupt hat mit seiner Methode auch relativ gute Heilungserfolge erzielt. So konnten von 153 Frauen, die nach der Untersuchung keinen Lymphknotenbefall aufwiesen, 74,5 % geheilt werden, während von 139 Frauen mit palpablen positiven Lymphknoten immerhin noch 38,1 % gesund wurden. Zusammen erreichte Weghaupt eine Dauerheilung über 5 Jahre bei 167 Frauen = 57,4 %.

Bei den 292 Fällen trat nur 10 mal ein Rezidiv nach der Elektrokoagulation auf, was einer lokalen Symptombefreiheit von 97 % entspricht.

Auch aus früheren Veröffentlichungen von Weghaupt kann man sehen, daß er mit der Elektrokoagulation mit Nachbestrahlung (Röntgen) sehr gute Erfolge hatte. So berichtet er 1968 bei 152 Fällen von 52,0 %, und 1973 schon von 56,6 % Geheilten von 242 Frauen.

Volk und Schmidt-Matthiesen bevorzugten dagegen ähnliche Behandlungsmethoden wie sie an unserer Klinik angewandt werden. Sie führen vor allem die radikale Vulvektomie mit beiderseitiger inguinaler und femoraler Lymphonodektomie durch.

Von 120 Patientinnen wurden 54 (45 %) radikal operiert und davon 23 (43 %) nachbestrahlt. 63 Frauen wurden eingeschränkt operiert, und 51 (81 %) von ihnen nachbestrahlt.

Im Gesamtkollektiv betrug die 5-Jahresüberlebenszeit 43 %.

Von den radikal operierten Frauen überlebten 65 % 5 Jahre und mehr, von den nicht radikal operierten 24 %.

Erschreckend hoch war hier die Rezidivquote: 37 von 60 Frauen bekamen ein Rezidiv, davon 14 im Vulva- und Leistenbereich.

Japaze, Garcia-Bunuel, Facoq und Woodruff von John Hopkins Hospital in Baltimore (USA) bevorzugten ebenfalls die radikale Vulvektomie mit Lymphonodektomie. So wurden von 192 Frauen 163 operiert, davon 98 radikal.

Insgesamt lebten 124 (= 64,5 %) Patientinnen 5 Jahre und länger.

Allerdings waren bei 143 Frauen die Lymphknoten noch nicht befallen und somit nur relativ wenige Fälle im fortgeschrittenen Stadium vorhanden, was diese hohe Überlebensziffer entscheidend positiv beeinflusst.

Im zentralen Institut für Tumoren und ähnlichen Erkrankungen wendeten Maricic, Kolaric und Krusic bei 35 von insgesamt 50 behandelten

Patientinnen mit Vulvakarzinom das Zytostatikum Bleomycin an.

Sie fanden heraus, daß sich Bleomycin als besonders wirksam beim planozellulären Karzinom, wie es das Vulvakarzinom meist ist, erweist, da seine Wirksamkeit mit der Entwicklungsstufe des Karzinoms wächst. Zusätzlich zeigten die experimentellen Arbeiten, daß die Anwendung von Bleomycin eine zusätzliche Wirkung hat, wenn die Bestrahlung nach der Bleomycinapplikation erfolgt.

Die Patientinnen befanden sich meist in fortgeschrittenen Krankheitsstadien und höherem Lebensalter. Zwei wurden nur mit Bleomycin behandelt (390 - 420 mg insgesamt): bei einer kam es zur völligen Remission, bei der anderen zu einer partiellen Remission mit Verkleinerung des Tumors um mehr als 50 %.

Bei einer Gruppe von 19 Frauen wurde Bleomycin (200 - 300 mg insgesamt) angewendet bei gleichzeitiger Bestrahlung mit schnellen Elektronen des Betatrons (3 000 - 5 000 R).

Hier kam es zur kompletten Remission bei 21,1 % der Patientinnen und zu partiellen Remission mit Tumorverkleinerung um mehr als 50 % bei 31,5 %, so daß eine objektive Remission von 52,6 % der Patientinnen zu verzeichnen war. Der Effekt von Bleomycin war auch in der Kombination mit Operation und Bestrahlung günstig. Nur 4 Patientinnen, alle in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, wurden palliativ bestrahlt. Bei 11 Frauen wurde eine Operation mit anschließender Bestrahlung mit schnellen Elektronen des Betatrons (4 000 - 6 000 R) durchgeführt. 65 % der Patientinnen sind im zweiten Jahr seit Behandlungsbeginn rezidivfrei.

Die Autoren sind der Meinung, daß mit der kombinierten Therapie, d.h. Operation, Bestrahlung und Bleomycinanwendung bessere Resultate beim Vulvakarzinom erzielt werden können als mit der separaten Anwendung jeder dieser Behandlungsmethoden.

Nachteilig sind bei dieser Methode die doch recht starken Nebenreaktionen auf Bleomycin wie Hyperkeratose, Hyperpigmentierung, Lungenfibrose und funktionelle Störungen der Lunge.

Neben der radikalen Vulvektomie mit beiderseitiger inguinaler und femoraler Lymphonodektomie sind noch einige Autoren der Meinung, daß eine pelvine Lymphonodektomie grundsätzlich nötig sei und begründen dies mit den direkten Lymphverbindungen zwischen Vulva und iliacaen Knoten.

Als Ergebnis all dieser Untersuchungen kann man abschließend folgendes feststellen: die Therapieerfolge mit 5-jähriger Überlebenszeit variieren doch mehr oder weniger deutlich. Aber es scheint, dies hängt viel mehr von dem Zustand der Kranken bzw. dem Krankheitsstadium der analysierten Gruppe der Patientinnen, als von den Methoden und den Behandlungsarten ab.

Zusammenfassung

1970 - 1976 wurden in der Universitäts-Frauenklinik Erlangen 68 Patientinnen wegen eines primären Vulvakarzinoms behandelt.

Das Durchschnittsalter stieg auf 69,9 Jahre.

28 Frauen wurden nur operiert, 13 operiert und bestrahlt und 22 nur bestrahlt. Es wurde bis auf 2 Ausnahmen die fraktionierte Telekobaltbestrahlung angewandt. Damit ergibt sich die Möglichkeit, hohe tumorwirksame Dosen ohne allzu starke Nebenreaktionen auf Vulva und Leisten einzustrahlen.

Jedoch wird bei operablen Fällen auch weiterhin einer Operation der Vorzug gegeben, was auch die Erfolgsquote zeigt. Man ging dabei dazu über, soweit wie möglich zu exzidieren. Damit wurde das Operationsfeld noch erweitert und die Rezidivgefahr herabgesetzt.

Es bleibt zu hoffen, daß durch die weiter zunehmende Aufklärung der Bevölkerung sich noch mehr Patientinnen einer frühzeitigen Behandlung unterziehen. Nur so könnte man vorläufig bessere Behandlungsergebnisse erzielen.

Die Ergebnisse: Von 1970 bis 1972 betrug die 5-Jahresüberlebensziffer
41,4 % (12/29).

Von 1973 bis 1976 überlebten (1- 4 Jahre) 48,7 % (19/39).

T a b e l l e n

Tab. 1

VERSCHLEPPUNG

ZEITRAUM	- 3 Monate	bis 6 Monate	bis 9 Monate	bis 12 Monate	mehr als 12 Mon.
vom Patienten	27 = 39,7 %	10 = 14,6 %	6 = 8,8 %	6 = 8,8 %	8 = 11,8 %
vom Arzt	34 = 50 %	8 = 11,8 %	1 = 1,5 %	2 = 3 %	4 = 5,9 %

	keine Angaben
vom Patienten	11 = 16,2 %
vom Arzt	18 = 26,5 %

Tab. 2

KLINISCHE AUSBREITUNG NACH BERNEN

davon im Stadium

Gruppe	a	b	c	zusammen
I	15	4	0	19
II	7	6	1	14
III	11	9	5	25
IV	2	3	5	10
zusammen	35	22	11	68

Tab. 3

THERAPIE		
<u>Gruppe 1</u> OPERATION	VULVEKTOMIE VULVEKTOMIE + LEISTEN RADIKALE VULVEKTOMIE	zusammen 10 13 5 28 = 41,2 %
<u>Gruppe 2</u> PRIMÄRE STRALENTHERAPIE MIT	TELEKOBALE SONSTIGEM	20 2 22 = 32,4 %
<u>Gruppe 3</u> OPERATION + STRALENTHERAPIE MIT TELEKOBALE	VULVEKTOMIE VULVEKTOMIE + LEISTEN RADIKALE VULVEKTOMIE	3 9 1 13 = 19,1 %
<u>Gruppe 4</u> KEINE THERAPIE MEHR MÖGLICH		5 5 = 7,3 %
zusammen		68

DOSIERUNG

Maximaldosen	<u>Vulva</u>		<u>Leisten</u>	
	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 2	Gruppe 3
bis 4000 ROD	7	0	3	5
bis 4500 ROD	3	2	8	3
bis 5000 ROD	1	1	4	4
bis 5500 ROD	2	2	3	0
bis 6000 ROD	5	0	1	1
mehr als 6000 ROD	4	3	1	0

AUSDEHNUNG DER BESTRAHLUNG

VULVA 3

VULVA + LEISTEN 26

LEISTEN einseitig 2

beidseitig 4

Tab. 5 a und 5 b

THERAPIE UND VERLAUF (1970 - 1972)

Therapie nach Gruppe		1	2	3	Therapie	zusammen	
gesund mind. 5 Jahre		6	2	4	0	12	von 29
Exitus am Tumor im 70-76	1. Jahr	1	17	5	5	28	von 68
	2. Jahr	0	2	0	0	2	
	3. Jahr	0	0	1	0	1	
	4. Jahr	0	0	1	0	1	

THERAPIE UND VERLAUF

Therapie nach Gruppe		1	2	3	Therapie	zusammen	
gesund mindestens	1 Jahr	4	0	0	0	4	von 39
	2 Jahre	7	0	0	0	7	
	3 Jahre	4	0	2	0	6	
	4 Jahre	2	0	0	0	2	
						19	

Tab. 6 a und 6 b

AUSBREITUNGSSTADIEN - VERLAUF

Gruppe		I			II			III			IV			zusammen	
		a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		
gesund mind. 5 Jahre (1970 - 1972)		6	1	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	12	von 29
Exitus am Tumor im	1. Jahr	0	0	0	0	3	1	6	7	5	0	1	5	28	von 68
	2. Jahr	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	
	3. Jahr	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	4. Jahr	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	

AUSBREITUNGSSTADIEN - VERLAUF

Gruppe	I			II			III			IV			zusammen	
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c		
gesund mind.														
1 Jahr	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	von 39
2 Jahre	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
3 Jahre	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	6	
4 Jahre	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	
													19	

L i t e r a t u r

1. Berven, E.G.E.:

177 Fälle mit primärem Vulvakarzinom.

Acta radiol. 22 (1941), 99

2. Collin, C.G., J.H. Collins, D.L. Barclay, E.W. Nelson

Cancer involving the vulva.

Amer. J. Obstet. Gynec. 87, 762 - 772, 1963

3. Friedrich, H.:

Ergebnisse beim Vulva- und Vaginalkarzinom 1952 - 1962.

Diss. Erlangen 1966

4. Janovski, N.A.:

Erkrankungen der Vulva.

Urban-Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1968

5. Japaze, H., Garcia-Bunuel, Woodruff:

Primary Vulvar Neoplasia a review of in situ and invasive Carcinoma;
1935 - 1972.

Obstet Gynecol. 49, 404 - 411, 1977

6. Krupp, P., F.Y.C. Lee, C.G. Collins, J.H. Collins:

The patient problem, Carcinoma of the vulva. Aspects and treatment of vulvar cancer.

Ed.: Lopez, O.G. Karger, Basel-München-Paris-London, 1972

7. Limburg, H.:

Über den Morbus Bowen der Vulva und das beginnende Vulvakarzinom.

Arch. Gynäk. 196, 207 - 237, 1962

8. Maricic, Z., K. Kolaric, J. Krusic:

Unsere Erfahrungen in der Behandlung des Vulvakarzinoms.

Strahlentherapie 151, 495 - 503, 1976

9. H.-J. Maurer, H.-G. Rieden:

Die Behandlung des Vulvakarzinoms an der Universitäts-Frauenklinik
Erlangen.

Krebsarzt 13, 283 - 289, 1958

10. Ratfisch, W.:

Beobachtungen und Ergebnisse beim Vulva- und Vaginalkarzinom
1960 - 1969.

Diss. Erlangen 1973.

11. Schmidt-Matthiesen, M. Volk:

Zur Therapie des Vulvakarzinoms.

Arch. Gynaecol., 223, 145 - 162, 1977

12. Schneider, K.K.H.:

Ergebnisse der Behandlung des Vulvakarzinoms auf Grund neuer
statistischer Erhebungen.

Diss. Erlangen 1954

13. Weghaupt, K. :

Die Elektrokoagulation als Therapie des Vulvakarzinoms, Methode
und Ergebnisse

Strahlentherapie 154, 89 - 93, 1978

Herrn Professor Dr. G. Kindermann danke ich vielmals
für die Überlassung des Themas und die freundliche
Unterstützung bei der Arbeit sowie der Erstattung des
Referats.

Herrn Professor Dr. K.G. Ober danke ich für die
Übernahme des Korreferats.

Lebenslauf

Am 3. August 1951 wurde ich in Marktredwitz/Bayern (Ofr.) als Sohn des Zahnarztes Dr. med. dent. Christian Fickentscher und seiner Ehefrau Gerda, geb. Greiner, geboren.

Vom September 1957 bis Juli 1961 besuchte ich in Marktredwitz die Grundschule. Danach war ich am Otto-Hahn-Gymnasium im gleichen Ort und legte dort im Juni 1970 die Reifeprüfung ab.

Ab Wintersemester 1974 studierte ich Zahnmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und bestand im Sommer 1975 das Vorphysikum. Im März 1977 legte ich das Physikum und 1979 das Staatsexamen ab.

Copy-Center 2000
852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197